

2016 International Student Orientation



高雄醫學大學

KAOHSIUNG MEDICAL UNIVERSITY



Office of Global Affairs

2016.03.10

Outline

1. Accommodation
2. Extra-curricular Activity
3. Counselling Services
4. Dorm & Internet maintenance & Regulations
5. ARC
6. Work permit
7. National Health Insurance
8. Q & A

Reminder:

1. Tuition Payment
 - Tutorial in the email
2. Zika virus prevention

Accommodation

1. Problem report to R041061@kmu.edu.tw
 - Personal info: name, student ID #, room & dorm
 - Describe the problem (preferable with photo)
 - Available time for repairmen to visit
2. No Wi-Fi at Medical Staff Building
3. Respect each other and learn different cultures
4. Demerits for violating the dorm regulation
5. Random night patrol by dorm manager

ARC: Application

1. Application form
2. Fee: \$1000 / year
3. Student ID card (registration stamp)
4. Admission letter (new applicant only)
5. Valid Passport (original copy & photocopy)
6. ID photo (with the right format)
7. Immigration Agency Address: 高雄市前金區成功一路436號1樓、7樓 (near City Council MRT stn.)
8. 14 days for processing
9. Phone: 07-2213478 (English available)

ARC: Extension

1. Make sure your ARC is **NOT EXPIRED** when you enter Taiwan.
2. If your ARC will be expired when you enter Taiwan, please make sure you **get the extended ARC before departure.**
3. Same procedure
4. One-time collective application on campus in **early June.** Apply by yourself if miss.

Work Permit Application (paper)

1. Application form
2. Student ID card (both sides)
3. Fee: \$100 (with receipt)
4. Document to specify why you need to apply (with the stamp from your department)
5. Passport photocopy (info page)
6. 7-14 working days
7. Registered mail postage: \$30-35

Sample (application form)

外國留學生、僑生及華裔學生工作許可申請書
Application Form of Work Permit for Foreign Students,
Overseas Chinese Students and Ethnic Chinese Students

| | | | |
|---|---|---|------------|
| 申請類別：(請勾選) Categories of application: (Please check one) <input type="checkbox"/> 外國留學生 foreign students <input type="checkbox"/> 僑生 overseas Chinese students <input type="checkbox"/> 華裔學生 ethnic Chinese students | | 申請項目：(請擇一勾選) Types of application (Please check one) <input type="checkbox"/> 工作許可 work permit <input type="checkbox"/> 補件 document supplement <input type="checkbox"/> 補發許可 permit re-issue <input type="checkbox"/> 其他 other | |
| 申請人姓名 (中文) Name of applicant (Chinese) | | 性別 Gender | |
| 申請人姓名 (英文) Name of applicant (English) | | 國籍 (地區) Nationality | |
| 護照號碼 Passport number | | 居留證統一編號 ARC ID number | |
| 出生年月日 Date of birth | 年 (Y) 月 (M) 日 (D) | 聯絡電話 Phone number | |
| 就讀學校 School attended | 日夜別 Day/Night | 就讀系所 Faculty | 年級 Year |
| 通訊地址 Mailing address | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 (County) 鄉鎮 (Town) 村 (Vil.) 路 (Rd.) 段 (Sec.) 巷 (Lane) 市 (City) 市 (City) 區 (District) 街 (St.) 弄 (Alley) 號 (No.) 樓 (F.) | | |
| 申請許可期間 Application time | 年 (Y) 月 (M) 日 (D) 至 年 (Y) 月 (M) 日 (D) (許可期間最長六個月) (valid for six months maximum) | | |
| 緊急連絡人 Emergency contact person | 姓名 Name | 電話 Tel | |
| 審查費收據 (免附·請表 範例請參閱背後說明) 繳費日期 繳費日期 | 年 月 日 | 郵局局號 | |
| 申請人簽章 Signature or stamp of applicant | 劃撥收據號碼 (S 碼) 或 交易序號 (O 碼) | | |
| 就讀學校同意表證明 Approved by the Dept./Inst. (Stamp is necessary) | 學生輔導單位主任 管簽章 Dep./Inst. Director's Signature or Stamp | | (請註明簽章日期) |
| 學生證影本 (正面) Copy of student ID (front) | 學生證影本 (反面) Copy of student ID (back) | | |

欲親自取件者請打「√」並加附【親自取件聲明書】• Please Check if pick-up in person (with declaration sheet)

- Check work permit
- Personal info
- Work permit duration (6 months)
- Emergency contact
- Processing fee receipt info
- OGA stamp
- Student ID card photocopy

Work Permit Application (online)

1. <http://ezworktaiwan.wda.gov.tw>



Procedures:

1. English
2. Online application
3. Work permit for foreign students
4. Register and log in
5. Fill in the system
6. Pay the processing fee (post office)
7. Upload required document
8. Submit
9. Wait for verification and processing

National Health Insurance

1. Stay in Taiwan for more than 6 months
2. Entry and exit records on your passport
3. **6 months of continuous residence** in Taiwan or with **one trip abroad not exceeding 30 days** when the actual residency period of 6 months is reached after the days abroad have been deducted)

National Health Insurance (cont.)

4. ARC photocopy (both sides)
5. Head shot (ARC photo size)
6. 7-14 working days to process
7. Collective application on March 18th. **Document submission no later than March 17th. Apply by yourself if miss.**



NHI Application form

全民健康保險第六類保險對象投保申報表

(請勾選) K 第一類至第四類投保單位同意代辦第六類第二目保險對象以其為投保單位者填用
 J 安置第六類保險對象的投保單位(單位代號第一碼為6者)填用
 (員工、會員等第一類至第四類被保險人及其眷屬,請勿填用此表)

表號: 承表 J.K

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|---------|-------------------|-----|-------------------|-------|-----|-----------------|---|----------------|--------------|-------|---|-----------|---|-------|---|---|---|---|---|-----|--|
| 投保單位代號 | | | | | | | | | | | | 收 件 章 | | 分 區 業 務 組 | | 業 務 組 | | | | | | | |
| 投保者 (打√) | | 被 保 險 人 | | 眷 屬 | | 出生年月日 | | 合於投保條件 (投保單位填寫) | | 核定生效日期 (健保署填寫) | | | | 民國 | | 年 | | 月 | | 日 | | 申報 | |
| 本人 | 眷屬 | 姓 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | 姓 名 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼) | 稱 謂 | 代 號 | 年 | 月 | 日 | 原 因 (詳說明五~七) | 日 期 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 號 表 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

填 表 說 明

- 一、本表供第六類被保險人及其眷屬辦理投保時填用,由投保單位填寫一份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組,並影印一份留存備查。
- 二、第六類被保險人係指無薪資所得、營利所得、執行業務所得;未參加職業工會、農會、漁會、農田水利會等;非屬軍眷之家戶代表或低收入戶成員。
- 三、被保險人及其眷屬同時投保時,應分別各填一列;投保者是眷屬時,與被保險人並列填寫,並應填寫被保險人本人的姓名及國民身分證統一編號。
- 四、眷屬的稱謂及代號請依下列規定填寫:

| | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|-----|-----|------|------|------|-------|------|
| 代號 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | p |
| 稱謂 | 配偶 | 父母 | 子女 | 祖父母 | 孫子女 | 外祖父母 | 外孫子女 | 曾祖父母 | 外曾祖父母 | 受監護人 |

- 五、被保險人合於投保條件的原因請詳列,如:設籍滿六個月、退休、無職業……等。
- 六、眷屬合於投保條件的原因請詳列,如:喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、設籍滿六個月、外籍人士取得居留證期滿六個月、收養……等。
- 七、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬,合於投保條件僅限下列原因,依所列英文符號填寫:

| | | | | | |
|----|----------|-----------|-----------------|------------------|-------------------|
| 符號 | S | P | A | H | G |
| 原因 | 在學就讀且無職業 | 受監護宣告尚未撤銷 | 領有身心障礙手冊且不能自謀生活 | 罹患符合本法所稱重大傷病且無職業 | 應屆畢業或服兵役退伍一年內且無職業 |

八、本表請以掛號郵寄(請將掛號執據貼於存底聯保存)或派人專送。

| | | | | | | |
|----------|--|------------------|-----------|-----------|---------|---------|
| 投保單位名稱: | | 單位圖記 或 印 信 | 健 保 署 填 用 | 受 理 | 資 料 鍵 錄 | 資 料 校 對 |
| 通 訊 地 址: | | | | 歸 檔 批 頁 號 | | |
| 電 話: | | | | | | |
| 負 責 人: | | (印章) | 經 辦 人: | | | |

※首次參加健保者(如新生嬰兒),請另填「請領健保卡申請表」,申請健保卡。

NIH Administration in KH

1. Phone: (07)323-3123
2. No. 157號, Jiuru 2nd Rd, Sanmin District, Kaohsiung City, 807 (高雄市三民區九如二路157號)



104-1 Insurance Claim

1. Required document:

- Receipt
- Medical records certificate
- Insurance Claim Application form (upon request)
- Bank book photocopy

2. duration of insurance: 104/09/18 ~104/03/18

3. Application deadline: March 18th , 2016



Sample

財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

門診醫療費用收據聯 (Medical Receipt) NO. [REDACTED]

病歷號碼 (Chart No.) [REDACTED] 病房 (Ward): [REDACTED] 身份 (Identification): 700

姓名 (Name): [REDACTED] 性別 (Gender): [REDACTED] 健保就醫序號 (IC card med-seq): [REDACTED]

就醫日期 (Date): [REDACTED] 部份負擔代號 (Co-payment Code): [REDACTED]

科別 (Department): [REDACTED]

| 收費項目 (Medical Expenses) | 健保金額 (NHI Payment) | 自費金額 (Self Payment) |
|----------------------------|-----------------------|------------------------|
| 掛號費 (Registered Fee) | | [REDACTED] |
| 診察費 (Diagnosis Fee) | | [REDACTED] |
| 藥費 (含藥事服務費) (Medicine Fee) | | [REDACTED] |
| 證明書費 (Certification) | | [REDACTED] |
| 醫療費用合計 (Medical Fee Asst) | | ***698 |
| 備註欄 (Remarks) | | ***221 ***477 |

就醫證 (med-seq): [REDACTED] 經辦人 (Coordinator): 王冠鈞

茲收到新台幣 零佰零拾零萬零仟肆佰柒拾柒元整 103/11/20 15:36:30
(Total Payment) : NTS 477

Receipt

各種診斷證明書---列印作業

國民身分證統一編號 [REDACTED]

軍人補給證號碼 字第 [REDACTED] 號之 ()

高雄醫學大學附設中和紀念醫院
診斷證明書
1用專書明從斷診

診字第 1031120273 號

非訴訟用

◎◎本無證明書如無一本院印或軍人認補為給無證號碼則為無效

| | | |
|-------------------|--------------------|---------------|
| 姓名 [REDACTED] | 性別 女 | 職業 [REDACTED] |
| 年齡 [REDACTED] | 籍貫 [REDACTED] | |
| 住址 高雄市三民區十全一路100號 | | |
| 應診日期 [REDACTED] | 科別及病歷號碼 [REDACTED] | |
| 病名 [REDACTED] | | |
| 醫師囑言 [REDACTED] | | |

中華民國 103年11月20日

Medical records certificate



Sample (Insurance Claim Application form)

學團險專用 含大專學團 國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書 (*)=必備欄位

保戶基本資料

| | | | |
|---|--|--|-------|
| 被保險人(事故者)姓名 | (*)保單號碼(保險人員填寫) | 學號 | 班級科別 |
| (*)姓名 | (*)身分證字號 | (*)出生日期 | 年 月 日 |
| (*)居住地址 | 郵寄 郵箱 | 電話 | |
| (*)聯絡電話 | 手機 | E-mail | |
| (*)申請種類 | <input type="checkbox"/> 非意外身故(疾病)(1) <input type="checkbox"/> 意外身故(傷害)(2) | (*)申請日期 | 年 月 日 |
| (*)事故原因 | (*)事故日期 | 年 月 日 | |
| (*)理賠類別 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 重大疾病-限大專院校勾選 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 生活補助金 | | |
| (*)保險金額領取方式 <small>(本人領取者勾選) (非本人領取者勾選)</small> | <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人帳戶 (匯撥方式請附上存摺影本並加填下方欄位) | | |
| | 戶名 | 身分證字號 | |
| | 金融機構(分行) (中文名稱) | 行庫局號 | 帳號 |
| <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票 <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓支票 <input type="checkbox"/> 現金 | | | |
| 選取支票給付者，加填受益人身分證字號。 (給付方式選取「取消禁止背書轉讓支票」或「現金」者，以禮包親領、受益人為7歲以下或外籍人士為限) | | | |
| 受益人 | | 受益人與被保人關係： | |
| (親自簽名並請拿閣下欄說明) | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他 | |

注意事項

- 申請此項保險金及受益人時，限選擇同一領取方式；受益人僅有二人時，請另填「繼承人」。
- 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。
- 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。

投保學校聲明欄

| | |
|---------------|----------|
| 投保學校 | 關防/學保專用章 |
| 學校代號 | |
| 校址 | |
| 電話 | |
| 校(團、所)長或職務代理人 | 職章 |
| 經辦人員 | 簽章 |

本申請書所載被保險人確係本校學生並已參加學生團體保險，特此聲明。

(*)服務人員(送件人)基本資料

| | | |
|-------|--------|--------|
| 送件人姓名 | 單位代號 | 送件人ID |
| 聯絡電話 | 市話：() | 分機 |
| | | 手機：() |

學團險專用 含大專學團 國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書附件(一)

事故者基本資料

| | |
|-------|----------|
| (*)姓名 | (*)身分證字號 |
|-------|----------|

保險金給付方式

| | | |
|------|--|--|
| 領取方式 | <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人帳戶 (匯撥帳戶資料) <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票 | 選取支票給付者，請於帳戶資料身分證字號欄填寫受益人身分證字號，以利開票作業。 |
| | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 取消禁止背書 (選取左列2項給付方式者，以禮包親領、轉讓支票) | 受益人為7歲以下或外籍人士為限。 |

帳戶資料

| | |
|-----------------|-------|
| 戶名 | 身分證字號 |
| 金融機構(分行) (中文名稱) | 行庫局號 |
| | 代號 |
| | 帳號 |

1. 申請此項保險金及受益人時，限選擇同一領取方式；受益人僅有二人時，請另填「繼承人」。
2. 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。
3. 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。
4. 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。
5. 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。
6. 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。
7. 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。
8. 申請保險金時，應檢附下列文件：1. 申請書及理賠申請表；2. 保險單正本；3. 受益人與被保人關係證明文件；4. 受益人身分證影本；5. 受益人與被保人關係證明文件；6. 受益人身分證影本；7. 受益人與被保人關係證明文件；8. 受益人身分證影本。

各項理賠給付所需申請文件

| 申請文件 | 醫療保險金 | 殘廢保險金 | 生活補助金 | 身故保險金 | 專案補助金(限編制內接受保險費補助之學生專用) |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|-------------------------|
| 學團專用理賠申請書 | V | V | V | V | V |
| 醫療診斷書 | V | | | | V |
| 醫療費用收據 | V (註1) | | | | V (註1) |
| 殘廢診斷書 | | V | | | |
| 死亡診斷書或相驗屍體證明書 | | | | V | |
| 除戶戶籍簿本 | | | | V | |
| 受益人戶籍簿本(註4) | | V | V (註3) | | |
| 學籍資料(或入學資料影本)(註3) | | V (註4) | | V (註4) | |

註1：請檢醫療保險金者，須檢附診斷書及醫療費用收據(若以收據副本或影本代，須檢醫療院所加蓋院方關防或其他專用章為憑)。
註2：戶籍資料必須能證明受益人與被保險人之關係。
註3：請檢生活補助金之戶籍資料必須能證明被保險人殘廢滿兩年仍生存。
註4：申請死亡及殘廢保險金時，國小以上學生須檢附學籍資料，幼稚園與托兒所幼童須附入學資料。
註5：理賠流程：備齊上述文件送交學校承辦人員→投保學校蓋章認證→本公司服務人員至學校取件→理賠金匯撥至受益人帳號(支票則由本公司服務人員轉送受益人)→理賠發收回報交本公司服務人員。



Make good use of KMU OGA website for international students:
<http://ciae2.kmu.edu.tw/index.php/en-GB/international-students>

KMU → English version → International Students





DANKSCHEEN
 SPASSIBO SNACHALHUYA MUHUN CHALTU YAQHANYELAY TINGKI
 TASHAKKUR ATU WADEEJA MAITEKA YUSPAGARATAM
 SUKSAMA EKHMET HUI
 GRACIAS
 ARIGATO
 SHUKURIA MERASTANHY GAEJTHO
 TAVYAPUCH MEDAWAGSE GOZAIMASHITA AGUYJE FAKAAUE
 DANKSCHEEN
 JUSPAXAR
 BAIKA
 KOMAPSUMNIDA
 SAINCO
 MAAKE
 LAH
 GRAZIE
 MEHRBANI
 PALDIES
 SUKSAMA EKHMET
 DHANYABAD ANHHA
 ATTO
 SPASIBO DENKAUJA HENRACHALHYA
 UNALCHEESH
 HATUR GUI
 EKOJU
 SIKOMO
 MAETAI
 MINMONCHAR
 BIYAN
 SHUKRIA
 THANK
 YOU
 BOLZIN
 MERCI